

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.89-008.42

С. В. Титиевский¹, В. С. Воеводина², И. М. Гостюк², И. В. Федоровская²

ПРИМЕНИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О МУЛЬТИМОДАЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯХ ПРИ ПСИХОЗАХ ПРИ АНАЛИЗЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

² Республиканская клиническая психоневрологическая больница — медико-психологический центр МЗ ДНР, г. Донецк, Российская Федерация

Несмотря на то, что, как указывал В. А. Гиляровский, галлюцинации характеризуются сложностью, не дающей права трактовать их как чисто перцепторный феномен, и деление их, как и восприятий, по органам чувств означает классификацию на основе далеко не самого существенного признака, учитывая также наличие тех из них, которые невозможно отнести к тому или другому органу чувств [1, с. 29–30], в настоящее время считается, что данные проявления возникают во всех сферах чувств, включая слуховую, зрительную, обонятельную, кинестетическую и другие [2] (хотя В. А. Гиляровский называл такое деление трафаретным [1, с. 29]). В. А. Гиляровский также отмечал: «Мы видим, что галлюцинации по своей структуре и механизмам развития различны, но это различие относится не столько к самим галлюцинациям, сколько к тем болезненным картинам, в рамках которых они наблюдаются» [1, с. 30]. Соответственно, галлюцинаторные переживания включены в нозологические категории [3] и, являются клиническим проявлением многих психических расстройств (например, шизофрении [4] и биполярного расстройства [5], деменции с тельцами Леви (DLB) [6] и психоза при болезни Паркинсона (PDP) [7]), а также сенсорных расстройств, таких как нарушения слуха или заболевания глаз [8]. Особое положение занимают описанные ещё в 1928 г. В. Майер-Гроссом синестетические галлюцинации [9, с. 203], обладающие свойством мультимодальности, интерес к которой в современной психиатрии значительно возрос.

Цель работы: уточнить современные данные о мультимодальных галлюцинациях при психозах, используя клинический случай.

Материал и методы исследования. Анализ данных литературы о мультимодальных галлюцинациях, анализ на основе этих данных клинического случая больного с наличием мультимодальных галлюцинаций.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно И. П. Павлову, сенсорная система (анализатор) состоит из рецептора, проводящих путей и коркового отдела, а к основным параметрам сенсорного сигнала, несущим информацию о предметах и явлениях окружающего мира, относится, в частности, качественное своеобразие (модальность) раздражителя [10, с. 5–7]. Существуют зрительная, слуховая, вкусовая, обонятельная и ряд модальностей, рецепторы которых находятся в коже; термин «модальность» можно отнести и к раздражителям, вызывающим, в основном, неосознаваемые изменения в организме: висцеральным, проприоцептивным и вестибулярным [10, с. 8]. Традиционно считается, что галлюцинации возникают одновременно в одной модальности (униmodalные) и могут быть связаны с различными расстройствами — слуховые галлюцинации (СГ) при шизофрении [11] и зрительные галлюцинации (ЗГ) при DLB [12]. В случаях же, когда галлюцинации действительно возникают в разных модальностях, преобладает понимание того, что они возникают в разное время (т.е., не слиты/одновременны, как, например, видение и слышание говорящей головы) [11]. Таким образом,

клинические оценки были сосредоточены на одиночных модальностях, что смещало сбор данных в сторону унимодальных галлюцинаций. Тем не менее, растущее признание того, что галлюцинации могут возникать в различных модальностях, переключило внимание на систематический поиск таких мультимодальных феноменов [3, 6]. В. А. Гиляровский подчеркивал распространенность мультимодальности галлюцинаций: «...если в отдельных случаях нередко имеет место преобладание зрительных, слуховых или каких-нибудь иных галлюцинаций, то все же редко бывает, чтобы у больного наблюдались только одни из них» [1, с. 29]. В этом он усматривал недостаток классификации галлюцинаций по органам чувств.

«Мультимодальные галлюцинации» (ММГ) — галлюцинации, которые у одного и того же человека возникают в разных модальностях, либо одновременно, либо последовательно (серийно) [11]. В литературе они упоминаются как «полимодальные/полисенсорные/интерсенсорные» и так далее [11], что отражает отсутствие единого мнения о том, как называть, классифицировать и понимать подобные феномены [11]. Существует путаница в отношении того, относятся ли ММГ к уровню диапазона переживаний личности (индивидуум склонен к ММГ) либо к уровню галлюцинаторного эпизода (конкретные переживания могут быть классифицированы как ММГ). Если исходить из уровня личности, ММГ не требуют связи во времени. Концептуализация же их на уровне отдельного галлюцинаторного эпизода явилась бы более строгой, но также потребовала бы рассмотрения

того, насколько близким по времени должно быть возникновение галлюцинаций разных модальностей, чтобы они считались частью одного и того же галлюцинаторного эпизода (от одновременного в какой-то момент до появления в один и тот же день или при одном и том же психотическом эпизоде) [11].

Структура классификации ММГ на основе 3 их характеристик может быть представлена следующим образом (рис. 1) [11]. Примеры различных типов ММГ, определяемых возможной комбинацией признаков в этих измерениях, можно найти в таблице (см. табл.) [11].

Первая характеристика учитывает то, возникают ли галлюцинации разных сенсорных модальностей в одном и том же временном промежутке. Если они появляются одновременно, то классифицируются как «одновременные ММГ». Если они всякий раз возникают в одной сенсорной модальности (унимодальные), но последовательно во времени (с задержками от минут до дней и более), то классифицируются как «серийные ММГ».

Вторая характеристика относится к тому, воспринимаются ли ММГ как исходящие «из одного и того же источника или объекта» [13], однако, как понимать эту концепцию общего источника, в литературе недостаточно определено. Пациент, который видит человеческую фигуру и слышит её голос, демонстрирует, что общий источник может быть представлен восприятием одного и того же объекта в разных сенсорных модальностях. Однако галлюцинации также могут быть различными, но связанными по смыслу сущностями (например, религиозное видение и последующее слышание голоса бога).

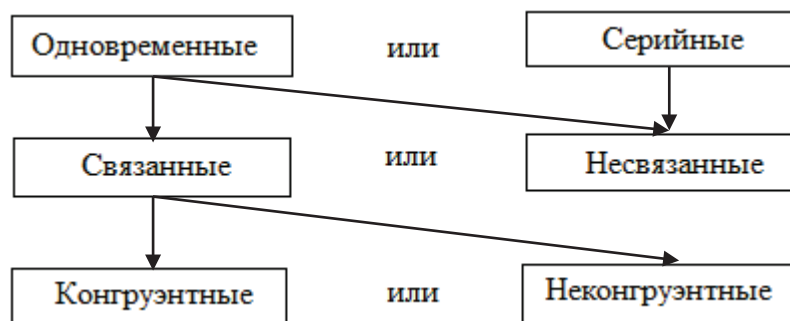


Рис. 1. Классификация мультимодальных галлюцинаций (уровень галлюцинаторного эпизода) по трем параметрам: времени, связанности и конгруэнтности.

Стрелки показывают, как различные категории/уровни могут сочетаться, вызывая различные типы мультимодальных галлюцинаций [11]

Таблица

Примеры типов мультимодальных галлюцинаций (ММГ), основанных на комбинаторных характеристиках трех параметров ММГ (времени, связанности и конгруэнтности) [11]

Комбинаторные особенности ММГ	Пример ММГ с такими характеристиками
Последовательные и несвязанные	→ Сегодня увидеть собаку, а через несколько дней услышать голос дьявола
Одновременные и несвязанные	→ Видеть собаку и услышать голос дьявола
Одновременные, связанные и конгруэнтные	→ Видеть собаку и слышать её лай
Одновременные, связанные и неконгруэнтные	→ Видеть собаку и слышать, как она говорит голосом дьявола
Последовательные, связанные и конгруэнтные	→ Видеть собаку сегодня и связывать слуховую галлюцинацию лающего звука позже в тот же день с тем же объектом (т. е., собакой)
Последовательные, связанные и неконгруэнтные	→ Видеть собаку сегодня (только зрительная галлюцинация) и связывать голос дьявола, услышанного позже в тот же день (только слуховая галлюцинация), с тем же объектом (т. е., собакой)

Наконец, третий уровень классификации касается того, является ли сочетание галлюцинаций разных модальностей контекстуально понятным (конгруэнтные ММГ) или нет (неконгруэнтные ММГ). Одним из ограничений является то, что особые комбинации характеристик могут привести к проблемам с определением ММГ. Будет ли (временн я) последовательность (концептуально) несвязанных галлюцинаций, возникающих в течение короткого промежутка времени, считаться мультимодальной? Вероятно, да [11].

В целом, исследования показывают, что галлюцинации в одной модальности постепенно увеличивают риск галлюцинаций в одной или нескольких других модальностях [14]. Также, по-видимому, существуют как обратная связь между количеством модальностей и долей людей, сообщающих о них [15], так и специфические закономерности частоты ММГ при различных, в частности, упомянутых ниже, заболеваниях.

Шизофрения и биполярное расстройство. Поскольку СГ считались кардинальным симптомом психотических расстройств, другие модальности галлюцинаций обычно игнорировались [11]. Недавние исследования, однако, показали, что для шизофрении средневзвешенная распространенность ЗГ составляет около 27 % (на основе 29 исследований) [6] по сравнению с 79 % для СГ [16]. Оценки распро-

странности обонятельных галлюцинаций варьируются от 6 до 26 %, вкусовых галлюцинаций — 1-31 % и соматических/тактильных галлюцинаций — 4-19 % [15, 16].

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что ЗГ при психозе почти всегда (в 90 % случаев) возникают в сочетании с другой модальностью галлюцинаций (слуховой, соматической или иной) [17], в отличие от СГ, которые могут возникать независимо от других модальностей примерно в половине случаев [18]. Общая распространенность на протяжении жизни любых галлюцинаций при шизофрении составляет приблизительно 80 %, причем, ММГ встречаются в два раза чаще, чем унимодальные галлюцинации (53 % против 27 % [19]). Такая же более высокая распространенность ММГ была обнаружена и в исследованиях пациентов с биполярным расстройством [3], что предполагает родство психотических заболеваний [11]. Как серийные (последовательные), так и одновременные ММГ были исследованы Dudley R. et al. [20] в группе из 22 человек с наличием шизофрении и ЗГ. Девяносто шесть процентов пациентов испытывали серийные ММГ в сравнении с 86 % пациентов с одновременными ММГ, что указывает на присутствие в большинстве случаев комбинации 2 данных типов. ММГ, опять же, были более распространены, чем унимодальные галлюцинации (см. рис. 2). Другие авто-

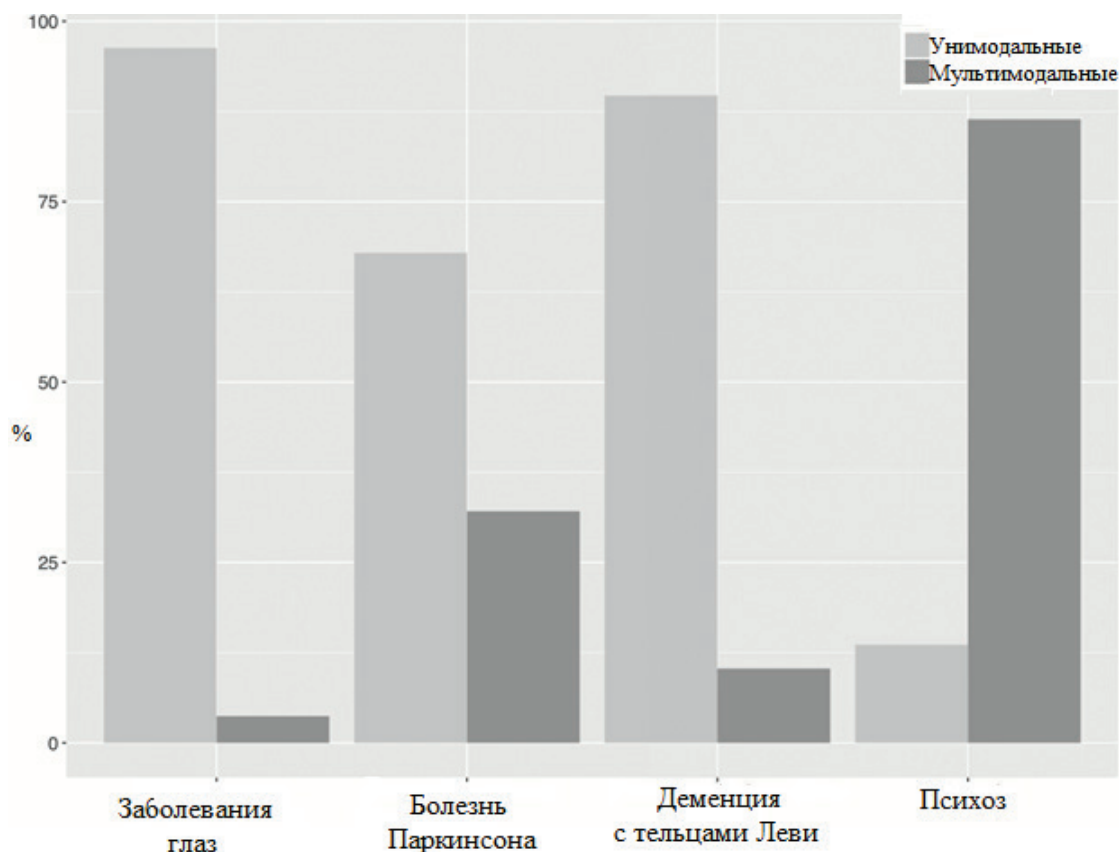


Рис. 2. Гистограмма, демонстрирующая распространенность (в %) модальностей галлюцинаций в сочетании со зрительными галлюцинациями при 4 различных расстройствах [11]

ры, напротив, сообщают, что одновременные многомодальные галлюцинации встречаются редко [21], предполагая, что относительно небольшая выборка в исследовании Dudley R. et al. [20] не обязательно может отражать распространенность одновременных ММГ при психозах в целом.

Заболевания глаз и нейродегенеративные расстройства. Dudley R. et al. [13] сравнили галлюцинации при различных расстройствах у обследуемых со ЗГ, используя Северо-восточный опросник зрительных галлюцинаций (NEVHI), и обнаружили, что частота как унимодальных, так и многомодальных переживаний варьируется при различных нейродегенеративных расстройствах (рис. 2.). Группа деменции с тельцами Леви имела самую высокую распространенность ММГ, за ней следовали пациенты с болезнью Паркинсона (PD), а затем — с глазными заболеваниями. Унимодальные галлюцинации оставались наиболее распространенными во всех группах, что расходится с данными исследования Llorca P. M. et al. [17]. В их большей выборке из 200 пациентов с PD сочетание галлюцинаций в 2-3

модальностях встречалось чаще, чем унимодальные галлюцинации, что, возможно, предполагает необходимость более крупных выборок для правильного определения распространенности ММГ при нейродегенеративных расстройствах [11].

В исследовании Dudley R. et al. [13], несмотря на более высокую частоту унимодальных галлюцинаций, о которых сообщали испытуемые, было обнаружено, что больных ММГ больше раздражают, беспокоят и пугают, чем их унимодальные аналоги. Кроме того, у пациентов ЗГ в структуре ММГ связывались со значительно большей степенью убежденности в их достоверности, что, вероятно, важно в клиническом отношении и требует в этом смысле дальнейшего изучения [11].

Аспекты, связанные с развитием. Галлюцинации часто наблюдаются у детей и подростков как в клиническом, так и неклиническом контекстах [22]. Феноменологический анализ галлюцинаций, описанных в когорте Национального института психического здоровья (NIMH) пациентов с шизофренией, начавшейся в детстве, показал, что количество

вовлеченных сенсорных модальностей может служить в качестве индикатора значимости указанного расстройства для развития нервной системы [14]. Подобная идея о ММГ как показателе уязвимости развития была подтверждена также в группе случаев, демонстрирующих, что количество сенсорных модальностей галлюцинаций с ранним началом связано с вероятностью предшествующей подверженности данного ребенка травмирующим событиям [23].

Клиническое понимание галлюцинаций в первую очередь сосредоточено на слуховой модальности (о чем свидетельствует тот факт, что большинство вмешательств преимущественно направлены на ЗГ [24]), с ограниченным рассмотрением других модальностей или ММГ [11].

Тем не менее, предварительные данные указывают на то, что ММГ связаны с повышением уровня неблагоприятных последствий для психического здоровья, воспринимаясь как более тревожащие, пугающие и достоверные, чем унимодальные галлюцинации [20]. При серийных ММГ связанные явления могут способствовать тому, что галлюцинации кажутся воздействующими на человека по-разному: например, тактильные ощущения или видения, которые по смыслу связаны с бестелесным голосом, способны привести к убеждению, что голос имеет власть над человеком [25].

Следует учитывать, связаны ли мультимодальные переживания во времени (например, «Вы обычно видите их, когда они говорят? Вы видите их, но не слышите?»), поскольку это может иметь значение для выяснения того, как галлюцинации влияют на дистресс. При психологических вмешательствах уточнение временной последовательности галлюцинаторных переживаний в различных модальностях может дать информацию о том, как эти эпизоды разворачиваются во времени. Например, убеждения людей о том, как взаимосвязаны различные галлюцинации, могут стать мишенью для методов когнитивной терапии. Кроме того, оценка реакции человека на первый галлюцинаторный эпизод и его потенциальное ожидание возникновения связанных с ним переживаний могут указывать на точки вмешательства с помощью альтернативных копинг-стратегий [11].

Наконец, необходимо оценить, приводят ли ММГ к худшим результатам в исследованиях лечения, и изучить сравнительную эф-

фективность антипсихотических препаратов в отношении ММГ и унимодальных галлюцинаций. Это важно по двум причинам: во-первых, хотя антипсихотики оказывают общее воздействие на психотические симптомы, и нет препаратов, специально направленных на галлюцинации [26], неизвестно, могут ли медикаментозные средства по-разному влиять на ММГ и унимодальные переживания больных. Это область для дальнейших исследований. Во-вторых, учитывая ту роль, которую антипсихотики играют в устранении у пациентов потенциального дистресса, вызванного галлюцинациями (что часто отличает клинические случаи от неклинических), важно распространить исследование такой эффективности за пределы унимодальных переживаний, в том числе, и на дистресс, испытываемый при галлюцинациях, особенно при ММГ [11].

Учитывая нехватку систематизированных данных о ММГ, остается много вопросов без ответов и направлений для дальнейших исследований. Во-первых, несмотря на некоторые предварительные данные, неясно, влияет ли (и каким образом), базовая модальность галлюцинаций (т.е., наиболее заметных и частых) на распространенность галлюцинаций других модальностей. Во-вторых, необходимы лонгитюдные исследования, чтобы установить, меняются ли ММГ с течением времени. В-третьих, для понимания мультимодальности важна частота необычных переживаний (например, у кого-либо ММГ возникают только один раз в месяц, но постоянные одномодальные галлюцинации — ежедневно) [11]. Также остается неясным, сколько чувств следует принимать во внимание, поскольку рассматриваемые 5 сенсорных областей могут не охватывать весь спектр галлюцинаторных переживаний. J. D. Blom [11] описывает 14 «чувств», в области которых сообщалось о галлюцинациях, таким образом, расширяя диапазон вовлеченных сенсорных модальностей. Это поднимает вопрос о том, одинаково ли понимаются галлюцинации в менее известных сенсорных областях самими галлюцинирующими, и легко ли они могут их описать. Вероятно, могут возникнуть общие трудности с передачей другим невербального опыта в целом, что окажется серьезной проблемой при оценке ММГ [11]. Кроме того, несмотря на большое количество литературы о культуре и унимодальных галлюцинациях (например, при шизофрении [16] и в общей популяции [27]), нет систематических

доказательств их специфического влияния на ММГ. Занижение сведений о ММГ [28], возможно, частично связано с отсутствием внимания к ним стандартных инструментов психиатрической оценки (что, в свою очередь, может объясняться чрезмерным акцентом в западной психиатрии на слуховых вербальных галлюцинациях) [29]. Исследования должны рассматривать транскультуральные данные и сравнивать ММГ в группах, особенно тех, где есть сильный элемент духовности. Было бы интересным исследовать, имеют ли некоторые субкультуры более сильные ожидания относительно того, что божества проявятся в каких-то определенных, но не иных модальностях, например, в зрительной и слуховой как «божественные ягуары» у амазонских шаманов вари [30], а также зрительные/слуховые/тактильные/обонятельные компоненты восприятия джиннов в исламских культурах [31]. Кроме того, важно рассмотреть ММГ в свете последних данных о мультисенсорной обработке. Мультисенсорная интеграция (МИ — способность интегрировать информацию из различных сенсорных источников) [11] затрагивает несколько областей и сетей мозга, начиная уже с верхнего двухолмия [32]. Растущее количество данных свидетельствует о: 1) проблемах МИ при шизофрении, связанных как с низкоуровневыми [33], так и с более сложными [34], стимулами, что указывает на проблемы с ошибочным «связыванием» стимулов во времени и/или пространстве [11], и 2) связи между этими проблемами и галлюцинациями [35]. Точно так же у пациентов с РДР и галлюцинациями есть проблемы с интеграцией процессов восприятия и внимания [36]. Таким образом, данные о связи проблемы МИ и галлюцинаций поднимают вопрос о том, можно ли соотнести гетерогенность ММГ и различные области, которые лежат в основе МИ, будучи причастными к возникновению разных типов ММГ. Это потенциально важное направление дальнейших исследований, требующее дальнейшего внимания. Наконец, большинство современных теорий не могут объяснить: 1) почему частота ММГ в разных модальностях отличается у отдельных людей и в различных группах пациентов, 2) почему у больных может наблюдаться комбинация одновременных ММГ, серийных ММГ и уни-модальных галлюцинаций, и 3) что может привести к связываемости и/или конгруэнтности содержания как одновременных, так и последовательных ММГ [11].

В рекомендациях Международного консорциума по исследованию галлюцинаций 2017 года [37] указывается необходимость проведения систематического исследования ММГ: данные о высокой распространенности и неблагоприятных прогностических исходах ММГ при различных заболеваниях подчеркивают важность разработки более совершенных инструментов оценки, теоретических моделей для систематического изучения этих проявлений, помощи лицам, испытывающим ММГ и уни-модальные галлюцинации [11].

Сложность и важность правильной диагностической оценки ММГ, в том числе, — их клинической принадлежности, как представляется, хорошо иллюстрирует следующий наблюдавшийся нами случай.

Больной М., 49 лет, поступил на стационарное лечение в психоневрологическое отделение впервые в жизни с жалобами на чувство тревоги, тревожные ожидания и опасения, беспокойство, апатию, беспричинную вспыльчивость, плаксивость, периодическую головную боль, сон с частыми пробуждениями, дрожь в руках, ухудшение памяти на недавние события, рассеянность и перепады настроения.

После мобилизации в течение 8 месяцев принимал активное участие в боевых действиях, попал в плен, находился там 4 месяца. Был обменян 3,5 месяца назад. В дальнейшем лечился в аллергологическом отделении, где подтверждены сенсibilизация к пыльце сорных трав, наличие полипов в носу. После выписки назначена базисная ингаляционная терапия беклометазоном, которую не получал. Состояние ухудшилось: участились приступы удушья, снизилась эффективность ингаляционных бронхолитиков. Повторно стационарно лечился в аллергологическом отделении с диагнозом «Бронхиальная астма, сочетанная форма (аспириновая, пыльцевая аллергия), 4 степень, тяжелое течение, частично контролируемая, ЛН 2 ст. Сопутствующий диагноз: Полипозный гайморит. Сезонный аллергический ринит. Непереносимость НПВС». Прошел курс стационарного лечения в неврологическом отделении с диагнозом «ВСД смешанного типа с цефалгией, вестибулопатией. Инородные тела металлической плотности в лобной области справа». В связи с вышеописанными жалобами направлен для осмотра психиатром. Самостоятельно обратился на консультативный прием и госпитализирован в психоневрологическое отделение.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. От сверстников в развитии не отставал. Длительно болеет бронхиальной астмой.

Соматическое состояние. Состояние средней тяжести. Уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов. Кожные покровы телесного цвета, чистые, обычной влажности, без высыпаний. Слизистые розовые, без высыпаний. Состояние подкожно-жировой клетчатки нормальное. Дыхание проводится по всем отделам, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны. Пальпация органов брюшной полости безболезненна, живот мягкий, печень не увеличена. Термометрия: 36,4°C. Частота пульса: 90 ударов в минуту. Артериальное давление: 120/80 мм рт. ст. Антропометрия: рост 175 см, масса тела 80 кг.

Неврологическое состояние. Черепно-мозговая иннервация — в норме. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет правильно. Сухожильные рефлексы с конечностей живые, симметричные с обеих сторон. Кожная чувствительность не нарушена. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы отсутствуют.

Психическое состояние. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности правильно. На вопросы отвечает по существу, после некоторой паузы. Выглядит подавленным, напряженным. Эмоционально не выразителен. Гипомимичен. Адинамичен. При этом, охвачен внутренней тревогой, недоверчив, застенчив, в связи с чем отмечает узкий круг знакомств; указывает на отсутствие лидерских черт в характере. Самооценка резко снижена. Высказывает идеи неполноценности. Мышление в замедленном темпе. Внимание неустойчиво. Испытывает трудности в переубеждении. О нахождении в плену говорит мало, во время беседы заметно, что не хочет затрагивать эту тему. При этом, лицо невыразительное, взгляд устремлен в одну точку. В то же время, указывает на навязчивые воспоминания о плене. Пессимистичен в оценке будущего. Суицидальных мыслей не высказывает, соответствующих тенденций не обнаруживает.

Диагноз при поступлении: посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1). Назначены лечение пароксетином 20 мг утром, труксалом по 25 мг 3 р./день, затем 50 мг на ночь, NaCl 5,0 мл + MgSO₄ 5,0 мл в/в однократно и психотерапия: ароматерапия, музы-

котерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, индивидуальная психологическая коррекция.

Общие анализы крови и мочи, рентгенография органов грудной клетки — без патологии.

Консультация психолога (исследование эмоциональной сферы, личностной сферы). Шкала Зунга: УД=50. Тест Спилберга-Ханина: РТ=40, ЛТ=56. Тест Люшера: 24531067 (0), 42350617(2). СМИЛ: F-K=-4, 1-82, 2-95, 3-73, 4-57, 5-63, 6-71, 7-74, 8-76, 9-41, 0-73. Эмоциональная сфера характеризуется состоянием легкой депрессии. Средний уровень реактивной тревожности, высокий уровень личностной тревожности. Уровень эмоционального стресса (методика Люшера) нарастает в ходе исследования. Профиль СМИЛ: пик по шкале пессимистичности.

Консультация невропатолога. Диагноз: ХСМН 1 ст. с рефлекторной пирамидной недостаточностью, вазомоторной цефалгией, синдромом ВСД смешанного типа (I66).

Консультация терапевта. Диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, ст. нестойкой ремиссии. ЛН 1-2 ст. (J 45.8). ХОБЛ, ст. ремиссии, ЛН 2 ст. (J44). Пограничная артериальная гипертензия. Подкожные металлические осколки лобной части головы.

В отделении М. держался обособленно, ни с кем не общался. При этом, регулярно посещал психотерапевтические группы, где был активен. Во время комиссионного осмотра с целью уточнения диагноза и тактики лечения на вопрос «Есть ли у Вас плохие мысли?» (учитывая депрессивный фон настроения М.) больной с некоторым (показавшимся непонятым) воодушевлением ответил: «Нет, себе я сделать ничего не хочу. Есть мысли сделать плохое очень близкому мне человеку». При уточнении, что же это за человек, сказал: «Это моя жена. Я её очень люблю. Настолько, что в своё время вопреки желанию матери женился на ней. А до этого всегда беспрекословно выполнял указания матери в отношении женщин и поэтому до 30 лет (вплоть до знакомства с нынешней женой) был девственником. Но после возвращения домой из плена у меня возникло желание ударить мою любимую ножом». Ввиду явной, но не объясняемой больным, парадоксальности высказываемого было предположено наличие императивных вербальных галлюцинаций. На прямой вопрос, относящийся к их существованию, больной ответил, что уже на протяжении длительного

времени (до СВО) его посещают мужские «голоса», которые находятся в голове: «один слева впереди внутри головы» подстрекает больного ударить ножом жену, а второй справа внутри головы «вкрадчиво говорит, что этого делать не надо». При этом, М. держится спокойно, уверенно, эмоционально уплощен. Отмечает, что «голоса» его беспокоят с 12-летнего возраста и «не приказывают, а увещевают, уговаривают». Периодически они ослабевают. Однако после нахождения в плену их интенсивность усилилась. Больной не понимает, почему «голос» его принуждает так поступить, ведь жена для него «многое сделала, хорошо ко мне относится». Но был момент, когда она призналась, что изменила мужу. В то время разговор между супругами привёл к их полному примирению (М. утверждает, что простил жену, поскольку очень её любит). Теперь же «голос», когда М. находился на кухне, сказал: «Вспомни, что она тебе изменила. За это нужно отомстить. Сейчас очень подходящий момент. Она отвернулась и не смотрит на тебя. Возьми нож и ударь». Другой «голос» уговорил больного не делать этого. В беседе «голос» в передней части головы М. называет «чёрным», а в правой части — «белым». На уточняющий вопрос отвечает, что впереди внутри головы видит чёрное пятно, из которого и исходит «голос», а справа в голове появляется («входит») белая фигура с капюшоном, и от неё исходит второй «голос». В дальнейшем определяет данные феномены как «Чёрный» и «Белый». Во время беседы больной не говорит о психотравмирующей ситуации (нахождении в плену). Отмечает, что после начала лечения в отделении состояние его улучшилось: интенсивность «голосов» уменьшилась, «утром просыпаюсь — голова светлая, но к вечеру «голоса» усиливаются».

Проведено дополнительное *экспериментально-психологическое исследование (изучение функций мышления)*. В результате него выявлено следующее. Темп мышления сдержанный. Динамика мышления: лабильность. Нарушение подвижности мышления: детализация. Нарушение личностного компонента мышления: разноплановость, элементы паралогичности, резонерство. Пример: в сравнении понятий «ветер-соль», общее между ними видит в том, что: «это природные составляющие, хотя может быть уже и соль искусственная, да и ветер искусственным можно сделать — вентилятор поставить, вот вам и ветер». Уровень обобщения средний. Процесс обобщения — по существенным, латентным признакам;

эмоциональная логика. Абстрагирование несколько затруднено. Пословицы объясняет применительно к конкретным жизненным ситуациям, через призму субъективной логики, исходя из собственных переживаний, трактует резонерски. Аналитико-синтетическая деятельность не нарушена. Операция анализа не нарушена. Критичность мышления снижена.

Поставлен диагноз: хронический галлюцинаторный психоз (F28). Назначен трифтазин в дозе 5 мг утром, затем — по 5 мг утром и днем. М. сразу же отметил улучшение в состоянии: сказал, что «плохой «голос» ушёл дальше, слышится, но как бы из-за двери, остался белый «голос», хороший». В связи с тем, что появилось побочное нейролептическое действие в виде скованности нижней челюсти, трифтазин был отменен, назначен мепидилекс в дозе 20 мг утром. После отмены трифтазина психическое состояние сразу же ухудшилось, и при повторном комиссионном осмотре М. рассказал: «Голосом артиста Папанова в фильме «Бриллиантовая рука» меня стал проклинать «Чёрный» («Чтоб ты сдох!» и т.д.) за то, что я о нём рассказал, выдал его. А поведал я о нём по совету «Белого»: «Видишь, врачи — люди хорошие, знающие, они помогут. Пора «Чёрного» «сдать», он давно это заслужил». А теперь «Чёрный» мне мстит и в качестве самонаказания велит свить верёвку и повеситься. Когда я говорю, что не умею этого делать, он отвечает: «Велика беда! Ты же рыбак, узлы вязать умеешь». Раньше он мне тоже угрожал: «У нас много таких, как ты. И мы со всеми расправились. Вот идёт поезд. Подойдёшь и бросишься под него». Я стоял близко, но сопротивлялся этому. И вдруг отчётливо чувствую, как какая-то неведомая сила (будто рука!) толкает меня в спину под колёса. Я очень испугался». На вопрос, не отмечал ли он когда-либо другие виды воздействия, включая дистанционное (на психические процессы, ощущения, действия), отвечает уверенно отрицательно. Отмечает также отсутствие «деланности» феноменов «Чёрного» и «Белого», достаточно критичен к ним, хотел бы избавиться от обоих, поскольку они «мешают и за всё это время надоели», в крайнем случае — хотя бы, помочь «Белому»: «В любом случае, мы с «Белым» будем продолжать бороться против «Чёрного» и победим его». Указывает на появившиеся ощущения, что за ним кто-то наблюдает. Назначен rispидон в дозе 2 мг утром.

При клиническом разборе с ординаторами-психиатрами вначале удивляется «молодости врачей», но в ответ на саркастическое замечание ведущего «Пожалуйста, можем привести сюда многих пенсионеров» улыбается и с некоторым даже воодушевлением достаточно точно повторяет сказанное им ранее. Помимо этого, уточняет, как «Черный» и «Белый» впервые появились во время учебы в школе, когда М. было 12 лет: «Надо мной насмеялись, издевались ученики. Тогда «Чёрный» и посоветовал их убить, чтобы отомстить, а «Белый» отговаривал это сделать». Однако далее М. вспоминает, что в 10-летнем возрасте разогред на печке кочергу и сильно прижёт ей руку 4-летнего брата. Отец, увидев это, воскликнул: «Так только фашисты делали!» В ходе дальнейшей беседы больной сначала просто «туманно» утверждает, что поступил неправильно, но при прицельном опрашивании отвечает, что так ему велел «Чёрный». Продолжает, что через небольшое время после этого вышел на улицу гулять с младшим братом и потерял его из виду. Сказал об этом родителям, участвовал в поисках. Оказалось, что брат зашёл к соседям по подъезду и остался у них. Отец сильно рассердился, что М. не справился в качестве «няньки» и дал ему подзатыльник. После этого «Чёрный» объяснил М., что так несправедливо жестоко наказывают детей только неродные родители, и, следовательно, церемониться с «псевдоотцом» нечего, а в качестве мести его следует убить. М. видел, как в месте «чёрного пятна» вычерчивается карта перемещений отца в течение дня с указанием голоса «Чёрного», когда, в каком месте и как именно с отцом следует покончить. М. утверждает, что тогда справился с «Чёрным», проигнорировав его указания. Был ли уже в то время «Белый», непонятно. В течение всей последующей жизни М., как следует из его дальнейшего рассказа, находился под влиянием «Чёрного», убеждавшего его совершать отвратительные поступки, и «Белого», выдвигавшего позитивные контраргументы. Никогда по своей инициативе не обращался к психиатрам, получил среднее техническое образование, много лет непрерывно и успешно работал слесарем в газовом хозяйстве своего города, откуда и был мобилизован с началом СВО (соответственно, периодически проходя профилактические осмотры психиатром; объективные данные о контактах с психиатрической службой отсутствуют). В армии не служил в связи с наличием соматической патологии. Получив повестку о мобилизации,

сначала испытал испуг, но затем «Белый» стал убеждать М., что ничего страшного не произошло, и успокаивать обещаниями помощи в виде советов на передовой. В дальнейшем М. успешно воевал, как он утверждает, слушая «Белого». «Чёрный» полностью исчез с момента мобилизации и не появлялся вплоть до обмена М. из плена, в который больной попал, когда в окружении вёл бой вместе с несколькими бойцами своего подразделения. Все они погибли, а М. был легко ранен (он утверждает, что пули и осколки гранат как бы «огибали», не задевая его; впоследствии то, что он был будто «заговоренным», якобы, ему говорили солдаты противника). Окружившие М. враги кричали, чтобы тот сдавался. Его сомнения в этом отношении развеял «Белый», заверив, что «всё будет нормально», и помощь советами продолжится (что, по словам М., и происходило в течение всех последующих четырёх месяцев пребывания в плену). Просит, несмотря на критичное понимание «последствий» своего рассказа, не переводить его «в другую больницу». После разъяснений лечащего врача, что так будет лучше для его состояния, соглашается. С диагнозом «Хронический галлюцинозный психоз (F28). Параноидная шизофрения (F20.09)?» переведен для продолжения лечения в общепсихиатрическое отделение, где на фоне перорального назначения галоперидола по 5 мг трижды в сутки развилась выраженная акатизия, не исчезнувшая и после снижения дозы препарата до 1,5 мг 3 раза в день. После отмены галоперидола и назначения инфузионной дезинтоксикационной терапии (из-за неусидчивости хватал штатив с работающей капельницей и ходил с ним по отделению) побочные явления нейрорепсии исчезли, вся галлюцинозная симптоматика также редуцировалась, однако появились чувство тревоги и беспокойство, для контроля которых назначен rispидон в дозе 1 мг в сутки.

Оценивая данный клинический случай, следует заметить неоднозначное отношение клиницистов к природе описываемых М. переживаний. Высказывалось предположение об их симулятивном характере, что, в том числе, может подтверждать мнение о редкой встречаемости одновременных многомодальных галлюцинаций (возможно, их-за того, что ЗГ в структуре ММГ характеризуются большей степенью убежденности в их достоверности, и поэтому больные больше боятся угроз «голосов» и меньше рассказывают о них; видимо, это и послужило основанием В. А. Гиляровско-

му говорить о большой распространенности ММГ). Конечно же, полностью исключить симулятивную установку непросто, но слишком уж сложна, связана и производит впечатление достоверной клиника описанного М. состояния, особенно, принимая во внимание средний уровень интеллекта больного. Наличие нейролептических побочных явлений оценивалось, в том числе, как присутствие «органического фона», хотя проявления резидуальной энцефалопатии не выявлены (учитывая персистирование галлюцинаций с 10-летнего возраста). Кроме того, выраженная астенизация не отмечена (несмотря на пребывание в плену), больной мог участвовать в клинической беседе сколь угодно долго. А невыраженные когнитивные нарушения сложно дифференцировать с проявлениями имеющихся у М. депрессии и тревоги.

Безусловно значимыми являются посттравматические стрессовые проявления, переплетающиеся с симптоматикой психоза, предоставляя редкий случай наблюдать их совместное течение. Обращают на себя внимание сохранность и критичность больного (несмотря на его некоторую эмоциональную уплощенность, узость контактов и выявленные экспериментально-психологически качественные нарушения мышления) при перманентном течении психоза на протяжении почти сорока лет, что способствовало успешной диссимуляции симптоматики, более чем полноценной социальной адаптации (справлялся даже с немислимыми для обычного человека, экстремальными нагрузками) всё это время. В значительной степени это и способствовало поставке диагноза хронического галлюцинаторного психоза, несмотря на присутствие признаков шизофрении согласно МКБ-10.

По сути, если исходить из описанных выше типов ММГ, наблюдаемые у М. галлю-

цинации являются одновременными, связанными и конгруэнтными. Трудно выделить их базовую модальность, но, вероятно, она является слуховой, учитывая, что изначально больной раскрыл наличие антагонистических (контрастирующих) галлюцинаций, а затем уже рассказал об их сочетании со зрительными и, иногда, — гаптическими. В основном, эти переживания, безусловно, являются псевдогаллюцинаторными, учитывая их интрапроекцию и ощущение постороннего присутствия (несмотря на достаточно выраженный характер достоверности, при относительной критичности к ним больного). Другие проявления синдрома Кандинского-Клерамбо не были выявлены. Ничего необычного, даже для диагностики шизофрении, в данном случае нет, учитывая отмеченную выше в два раза большую встречаемость при этом заболевании ММГ по сравнению с унимодальными галлюцинациями.

К сожалению, мы были лишены возможности изучить сравнительную эффективность антипсихотических препаратов в отношении ММГ, но устранение ими дистресса, одновременно вызванного ММГ и посттравматического, не вызывает сомнений.

Заключение. Таким образом, данный случай благодаря неожиданно возникшей чрезвычайной откровенности больного (до того почти 40 лет диссимулировавшего психоз) позволяет уточнить многие из описанных в существующей литературе черт ММГ, достаточно четко определив их тип в соответствии с современными классификационными воззрениями, выяснить некоторые подробности относительно эффективности антипсихотических препаратов в отношении ММГ, что представляет интерес в свете рекомендаций Международного консорциума по исследованию галлюцинаций.

С. В. Титиевский¹, В. С. Воеводина², И. М. Гостюк², И. В. Федоровская²

ПРИМЕНИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О МУЛЬТИМОДАЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯХ ПРИ ПСИХОЗАХ В ОТНОШЕНИИ АНАЛИЗА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация

² Республиканская клиническая психоневрологическая больница — медико-психологический центр
МЗ ДНР, г. Донецк, Российская Федерация

Мультимодальные галлюцинации распространены шире, чем считалось ранее, и могут иметь более неблагоприятное воздействие, чем унимодальные, но остаются относительно малоизученными. С целью уточнения современных данных о мультимодальных галлюцинациях

при психозах использован клинический случай больного с наличием одновременных, связанных и конгруэнтных галлюцинаций с интрапроекцией. Предположена базовая слуховая модальность, учитывая, что изначально больной раскрыл наличие антагонистических (контрастирующих) галлюцинаций. Оценены вероятность симулятивного поведения и присутствие «органического фона». Подчеркнута значимость посттравматических стрессовых проявлений, переплетающихся с симптоматикой психоза, предоставляя редкий случай наблюдать их совместное течение. Обращают на себя внимание сохранность и критичность больного при перманентном течении психоза на протяжении почти сорока лет, что способствовало успешной диссимуляции симптоматики, полной социальной адаптации. Выявлена эффективность антипсихотических препаратов при устранении дистресса, одновременно вызванного мультимодальными галлюцинациями и посттравматического.

Ключевые слова: мультимодальные галлюцинации, психоз, посттравматическое стрессовое расстройство, хронический галлюцинаторный психоз, шизофрения.

S. V. Titievsky¹, V. S. Voyevodina², I. M. Gostyuk², I. V. Fedorovskaya²

APPLICABILITY OF MODERN CONCEPTS ON MULTIMODAL HALLUCINATIONS IN PSYCHOSIS IN RELATION TO CASE STUDY

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Donetsk State Medical University named after M. Gorky» of the Ministry of Health of the Russian Federation, DPR, Russian Federation

² Republican Clinical Psychoneurological Hospital — Medical-Psychological Center of the Ministry of Health of the DPR, Donetsk, DPR, Russian Federation

Multimodal hallucinations are more common than previously thought and may have more adverse effects than unimodal hallucinations, but remain relatively unexplored. In order to clarify current data on multimodal hallucinations in psychosis, a clinical case of a patient with the presence of simultaneous, related and congruent hallucinations with intraprojection was used. A basic auditory modality is assumed, given that the patient initially disclosed the presence of antagonistic (contrasting) hallucinations. The probability of simulative behavior and the presence of an «organic background» are estimated. The significance of post-traumatic stress manifestations, intertwined with the symptoms of psychosis, is emphasized, providing a rare opportunity to observe their joint course. Attention is drawn to the preservation and criticality of the patient with a permanent course of psychosis for almost forty years, which contributed to the successful dissimulation of symptoms, complete social adaptation. The effectiveness of antipsychotic drugs in the elimination of distress, simultaneously caused by multimodal hallucinations and post-traumatic, was revealed.

Keywords: multimodal hallucinations, psychosis, post-traumatic stress disorder, chronic hallucinatory psychosis, schizophrenia.

Литература

1. Гиляровский В. А. Учение о галлюцинациях. 2-е изд. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний; 2003. 240.
2. Chesterman L. P., Boast N. Multi-modal hallucinations. *Psychopathology*. 1994; 27 (6): 273-280.
3. Waters F., Fernyhough C. Hallucinations: a systematic review of points of similarity and difference across diagnostic classes. *Schizophr. Bull.* 2017; 43 (1): 32-43.
4. Fletcher P. C., Frith C. D. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nat. Rev. Neurosci.* 2009; 10 (1): 48-58.
5. Shinn A. K., Pfaff D., Young S., Lewandowski K. E., Cohen B. M., Ng D. Auditory hallucinations in a cross-diagnostic sample of psychotic disorder patients: a descriptive, cross-sectional study. *Compr. Psychiatry*. 2012; 53 (6): 718-726.
6. Waters F., Collerton D., Ffytche D. H., et al. Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease. *Schizophr. Bull.* 2014; 40 (suppl. 4): S233-S245.
7. Fénelon G., Soulas T., Zenasni F., Cleret de Langavant L. The changing face of Parkinson's disease-associated psychosis: a cross-sectional study based on the new NINDS-NIMH criteria. *Mov. Disord.* 2010; 25 (6): 763-766.
8. Ffytche D. H. Visual hallucinations in eye disease. *Curr. Opin. Neurol.* 2009; 22(1): 28-35.

9. Блейхер В. М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь. К.: Вища школа. Головное изд-во; 1984. 448.
10. Ломтатидзе О.В. Физиология сенсорных систем: Учебно-методическое пособие. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та; 2022. 120.
11. Montagnese M., Leptourgos P., Fernyhough Ch., et al. A Review of Multimodal Hallucinations: Categorization, Assessment, Theoretical Perspectives, and Clinical Recommendations. *Schizophr. Bull.* 2021; 47 (1): 237-248.
12. Aarsland D. Cognitive impairment in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2016; 22 (suppl. 1): S144-S148.
13. Dudley R., Aynsworth C., Mosimann U., et al. A comparison of visual hallucinations across disorders. *Psychiatry Res.* 2019; 272: 86-92.
14. David C. N., Greenstein D., Clasen L., et al. Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2011; 50 (7): 681-686.e3.
15. McCarthy-Jones S., Smailes D., Corvin A., et al. Occurrence and co-occurrence of hallucinations by modality in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2017; 252: 154-160.
16. Bauer S.M., Schanda H., Karakula H., et al. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Compr. Psychiatry.* 2011; 52 (3): 319-325.
17. Llorca P. M., Pereira B., Jardri R., et al. Hallucinations in schizophrenia and Parkinson's disease: an analysis of sensory modalities involved and the repercussion on patients. *Sci. Rep.* 2016; 6. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27905557> (дата обращения: 28.07.2023) doi:10.1038/srep38152.
18. Mueser K. T., Bellack A. S., Brady E. U. Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990; 82 (1): 26-29.
19. De Leede-Smith S., Barkus E. A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front. Hum. Neurosci.* 2013; 7: 367.
20. Dudley R., Aynsworth C., Cheetham R., McCarthy-Jones S., Collerton D. Prevalence and characteristics of multi-modal hallucinations in people with psychosis who experience visual hallucinations. *Psychiatry Res.* 2018; 269: 25-30.
21. Hoffman R. E., Varanko M. «Seeing voices»: fused visual/auditory verbal hallucinations reported by three persons with schizophrenia-spectrum disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 114 (4): 290-292; discussion 292.
22. Pignon B., Geoffroy P.A., Gharib A., et al. Very early hallucinatory experiences: a school-based study. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2018; 59 (1): 68-75.
23. Medjkane F., Notredame C. E., Sharkey L., D'Hondt F., Vaiva G., Jardri R. Association between childhood trauma and multimodal early-onset hallucinations. *Br. J. Psychiatry.* 2020; 216 (3): 156-158.
24. Craig T. K., Rus-Calafell M., Ward T., et al. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry.* 2018; 5 (1): 31-40.
25. Chadwick P., Birchwood M. The omnipotence of voices. *Br. J. Psychiatry.* 1994; 164 (2): 190-201.
26. Sommer I. E., Begemann M.J., Temmerman A., Leucht S. Pharmacological augmentation strategies for schizophrenia patients with insufficient response to clozapine: a quantitative literature review. *Schizophr. Bull.* 2012; 38 (5): 1003-1011.
27. Nuevo R., Chatterji S., Verdes E., Naidoo N., Arango C., Ayuso-Mateos J. L. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr. Bull.* 2012; 38 (3): 475-485.
28. Goodwin D. W. Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1971; 24 (1): 76-80.
29. Fernyhough C. Hearing the voice. *Lancet.* 2014; 384 (9948): 1090-1091.
30. Vilaca A. Chronically unstable bodies: reflections on Amazonian corporalities. *J. R. Anthropol. Inst.* 2005; 11 (3): 445-464.
31. Lim A., Hoek H.W., Blom J. D. The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. *Transcult. Psychiatry.* 2015; 52 (1): 18-32.
32. Wallace M. T., Woynaroski T.G., Stevenson R. A. Multisensory integration as a window into orderly and disrupted cognition and communication. *Annu. Rev. Psychol.* 2020; 71: 193-219.
33. Haß K., Bak N., Szyck G.R., Glenthøj B.Y., Oranje B. Deficient prepulse inhibition of the startle reflex in schizophrenia using a cross-modal paradigm. *Biol. Psychol.* 2017; 128: 112-116.
34. Stevenson R. A., Park S., Cochran C., et al. The associations between multisensory temporal processing and symptoms of schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2017; 179: 97-103.
35. Postmes L., Sno H. N., Goedhart S., van der Stel J., Heering H.D., de Haan L. Schizophrenia as a self-disorder due to perceptual incoherence. *Schizophr. Res.* 2014; 152 (1): 41-50.
36. Shine J. M., Halliday G. M., Naismith S. L., Lewis S.J. Visual misperceptions and hallucinations in Parkinson's disease: dysfunction of attentional control networks? *Mov. Disord.* 2011; 26 (12): 2154-2159.
37. Jardri R., Larøi F., Waters F., et al. Hallucination research: into the future, and beyond. *Schizophr. Bull.* 2019; 45 (suppl. 1): S1-S4. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30715538> (дата обращения: 28.07.2023). DOI: 10.1093/schbul/sby170.

References

1. Gilyarovskii V.A. Uchenie o gallyutsinatsiyakh [The doctrine of hallucinations]. 2-e izd. Moscow; BINOM. Laboratoriya znaniy; 2003. 240 (in Russian).
2. Chesterman L. P., Boast N. Multi-modal hallucinations. *Psychopathology*. 1994; 27 (6): 273-280.
3. Waters F., Fernyhough C. Hallucinations: a systematic review of points of similarity and difference across diagnostic classes. *Schizophr. Bull.* 2017; 43 (1): 32-43.
4. Fletcher P.C., Frith C. D. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nat. Rev. Neurosci.* 2009; 10 (1): 48-58.
5. Shinn A. K., Pfaff D., Young S., Lewandowski K. E., Cohen B.M., Öngür D. Auditory hallucinations in a cross-diagnostic sample of psychotic disorder patients: a descriptive, cross-sectional study. *Compr. Psychiatry*. 2012; 53 (6): 718-726.
6. Waters F., Collerton D., Ffytche D. H., et al. Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease. *Schizophr. Bull.* 2014; 40 (suppl. 4): S233-S245.
7. Fénelon G., Soulas T., Zenasni F., Cleret de Langavant L. The changing face of Parkinson's disease-associated psychosis: a cross-sectional study based on the new NINDS-NIMH criteria. *Mov. Disord.* 2010; 25 (6): 763-766.
8. Ffytche D. H. Visual hallucinations in eye disease. *Curr. Opin. Neurol.* 2009; 22(1): 28-35.
9. Bleikher V.M. Eponimicheskie terminy v psikiatrii, psikhoterapii i meditsinskoj psikhologii: Slovar' [Eponymic Terms in Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology: A Dictionary]. Kyev: Vishcha shkola; 1984. 448 (in Russian).
10. Lomtatidze O.V. Fiziologiya sensorykh sistem: Uchebno-metodicheskoe posobie [Physiology of sensory systems: Educational and methodical manual]. Ekaterinburg; 2022. 120 (in Russian).
11. Montagnese M., Leptourgos P., Fernyhough Ch., et al. A Review of Multimodal Hallucinations: Categorization, Assessment, Theoretical Perspectives, and Clinical Recommendations. *Schizophr. Bull.* 2021; 47 (1): 237-248.
12. Aarsland D. Cognitive impairment in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2016; 22 (suppl. 1): S144-S148.
13. Dudley R., Aynsworth C., Mosimann U., et al. A comparison of visual hallucinations across disorders. *Psychiatry Res.* 2019; 272: 86-92.
14. David C.N., Greenstein D., Clasen L., et al. Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2011; 50 (7): 681-686.e3.
15. McCarthy-Jones S., Smailes D., Corvin A., et al. Occurrence and co-occurrence of hallucinations by modality in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2017; 252: 154-160.
16. Bauer S. M., Schanda H., Karakula H., et al. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Compr. Psychiatry*. 2011; 52 (3): 319-325.
17. Llorca P.M., Pereira B., Jardri R., et al. Hallucinations in schizophrenia and Parkinson's disease: an analysis of sensory modalities involved and the repercussion on patients. *Sci. Rep.* 2016; 6. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27905557> (accessed: 28.07.2023) DOI:10.1038/srep38152.
18. Mueser K. T., Bellack A. S., Brady E. U. Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990; 82 (1): 26-29.
19. De Leede-Smith S., Barkus E. A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front. Hum. Neurosci.* 2013; 7: 367.
20. Dudley R., Aynsworth C., Cheetham R., McCarthy-Jones S., Collerton D. Prevalence and characteristics of multi-modal hallucinations in people with psychosis who experience visual hallucinations. *Psychiatry Res.* 2018; 269: 25-30.
21. Hoffman R. E., Varanko M. «Seeing voices»: fused visual/auditory verbal hallucinations reported by three persons with schizophrenia-spectrum disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 114 (4): 290-292; discussion 292.
22. Pignon B., Geoffroy P.A., Gharib A., et al. Very early hallucinatory experiences: a school-based study. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 2018; 59 (1): 68-75.
23. Medjkane F., Notredame C. E., Sharkey L., D'Hondt F., Vaiva G., Jardri R. Association between childhood trauma and multimodal early-onset hallucinations. *Br. J. Psychiatry*. 2020; 216 (3): 156-158.
24. Craig T. K., Rus-Calafell M., Ward T., et al. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2018; 5 (1): 31-40.
25. Chadwick P., Birchwood M. The omnipotence of voices. *Br. J. Psychiatry*. 1994; 164 (2): 190-201.
26. Sommer I. E., Begemann M.J., Temmerman A., Leucht S. Pharmacological augmentation strategies for schizophrenia patients with insufficient response to clozapine: a quantitative literature review. *Schizophr. Bull.* 2012; 38 (5): 1003-1011.
27. Nuevo R., Chatterji S., Verdes E., Naidoo N., Arango C., Ayuso-Mateos J. L. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr. Bull.* 2012; 38 (3): 475-485.

28. Goodwin D. W. Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1971; 24 (1): 76-80.
29. Fernyhough C. Hearing the voice. *Lancet*. 2014;384 (9948): 1090-1091.
30. Vilaca A. Chronically unstable bodies: reflections on Amazonian corporalities. *J. R. Anthropol. Inst.* 2005; 11 (3): 445-464.
31. Lim A., Hoek H. W., Blom J. D. The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. *Transcult. Psychiatry*. 2015; 52 (1): 18-32.
32. Wallace M. T., Woynaroski T. G., Stevenson R. A. Multisensory integration as a window into orderly and disrupted cognition and communication. *Annu. Rev. Psychol.* 2020; 71: 193-219.
33. Haß K., Bak N., Szycik G.R., Glenthøj B.Y., Oranje B. Deficient prepulse inhibition of the startle reflex in schizophrenia using a cross-modal paradigm. *Biol. Psychol.* 2017; 128: 112-116.
34. Stevenson R. A., Park S., Cochran C., et al. The associations between multisensory temporal processing and symptoms of schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2017; 179: 97-103.
35. Postmes L., Sno H.N., Goedhart S., van der Stel J., Heering H.D., de Haan L. Schizophrenia as a self-disorder due to perceptual incoherence. *Schizophr. Res.* 2014; 152 (1): 41-50.
36. Shine J. M., Halliday G. M., Naismith S. L., Lewis S. J. Visual misperceptions and hallucinations in Parkinson's disease: dysfunction of attentional control networks? *Mov. Disord.* 2011; 26 (12): 2154-2159.
37. Jardri R., Larøi F., Waters F., et al. Hallucination research: into the future, and beyond. *Schizophr. Bull.* 2019; 45 (suppl. 1): S1-S4. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30715538> (accessed: 28.07.2023) DOI: 10.1093/schbul/sby170.

Поступила в редакцию 06.08.2023 г.